FAX送信 下記にご記入の上、こちらより送信ください

有限会社ノーマネット **FAX:048-793-6628**

医療機器査定依頼申込書

日付　年　月　日
枚目／　枚中

■お客様情報について

病院・施設名（会社名）	ご担当者名
所属部署名（　）	（ふりがな）
住所	TEL
〒	―　―
	FAX
	―　―
	E-mail
お客様との連絡方法	お電話で連絡の場合ご希望の時間帯
電話・FAX・E-mail	いつでも・　曜日　時くらい

■査定機器について

項目		項目	
機器の種類　（例）内視鏡など			
商品名			
メーカー名		年式	
シリアル（製造）No.		購入年月	S・H　年
		使用年数	年間
取扱説明書	有・無	購入時の状況	新品・中古・リース
修理点検書	有・無	保守契約	有・無
オプション・付属品など	無・有（　）		
動作の不具合	無・有（　）		
外装の破損・汚れキズなど	無・有（　）		

項目	
駐車場	有・無
設置フロア	F
エレベーター	有・無
段差・障害物（駐車位置まで）	有・無
搬出に必要なスタッフの人数	人

購入価格	売却希望価格
円	円

その他、ご希望・連絡事項